

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.  
Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.  
L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.  
En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.  
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.  
Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.  
La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.  
La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**Déclaration de Maladie**  
N° M21- 0018921

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2440 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BOUZIDOUNE Mr HAMED  
Date de naissance : 05/12/1971  
Adresse : 0678285644  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 08 MARS 2021  
Nom et prénom du malade : M2 BOUZIDOUNE HAMED Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Immunité de l'organisme, AIG, dyslipémie  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Signature de l'adhérent(e) : 14/3/21 Le : 18/03/2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08 MARS 2021	C	2	252114	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL CHAÏANE Groupe EL CHAÏANE Tel : 05 27 99 09 63 I.C.E. 000500246303026	8/3/21	1670.6083

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

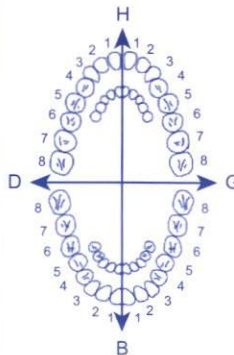
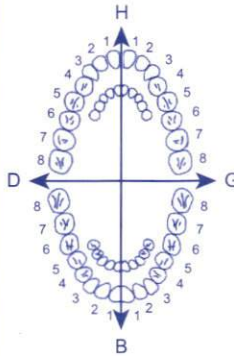
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur M. SOUALY  
Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Paris



الدكتورة م. اسوالي

اختصاصية في أمراض القلب

خريجة جامعة باريس

Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

Casablanca, le 08 MARS 2021

M<sup>r</sup> BOU ZIDOUNG Mohamed

- Nifedipine 1/2 g 4 87,50 x 2
  - Bisoprolol 10 mg 12 g 4 159,50 x 4
  - Kacogic 160 mg 4 35,70 x 4
  - Zylert 300 mg 4 31,30 x 4
  - Rozart 150 mg 167,60 x 4
- Traitement de 4 semaines 1670,60

PHARMACIE SOUFIANE  
Grande Rue N° 23/25  
El Oulfa, Casablanca

Tel : 05 22 99 09 03  
I.C.E : 000500246300026

د. الدكتورة اسوالي م.  
Docteur SOUALY M.  
Cardiologue

Agglo Rte. d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane  
Imme. Communal N°10 - 1er Etage Hay Hassani  
Casablanca - Tél : 0522 91 31 38

Sur Rendez-vous

بالموعد

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal  
N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 91 31 38

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 87DH50

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 87DH50

159,50

159,50

159,50

159,50

LOT : 20E023  
PER : 06/2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS 830

P.P.V : 35DH70



LOT : 20E023  
PER : 06/2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS 830

P.P.V : 35DH70



LOT : 20E023  
PER : 06/2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS 830

P.P.V : 35DH70



LOT : 20E023  
PER : 06/2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS 830

P.P.V : 35DH70



LOT 202596  
EXP 10 2024  
PPV 31.30

LOT 202596  
EXP 10 2024  
PPV 31.30

LOT 202596  
EXP 10 2024  
PPV 31.30

LOT 202596  
EXP 10 2024  
PPV 31.30

PPV : 147DH40  
PER : 12/22  
LOT : J3318

PPV : 147DH40  
PER : 12/22  
LOT : J3318

PPV : 147DH40  
PER : 12/22  
LOT : J3318

PPV : 147DH40  
PER : 12/22  
LOT : J3318

PHARMACIE SOUFIANE  
El Guila : 015 41 23 25  
Tel : 015 41 23 25  
I.C.E : 000310-4600026



Nom: BOUZIDOUNE MOHAMMED

Date de naissance: 12/05/1951

Sexe: Masculin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: A455N°3

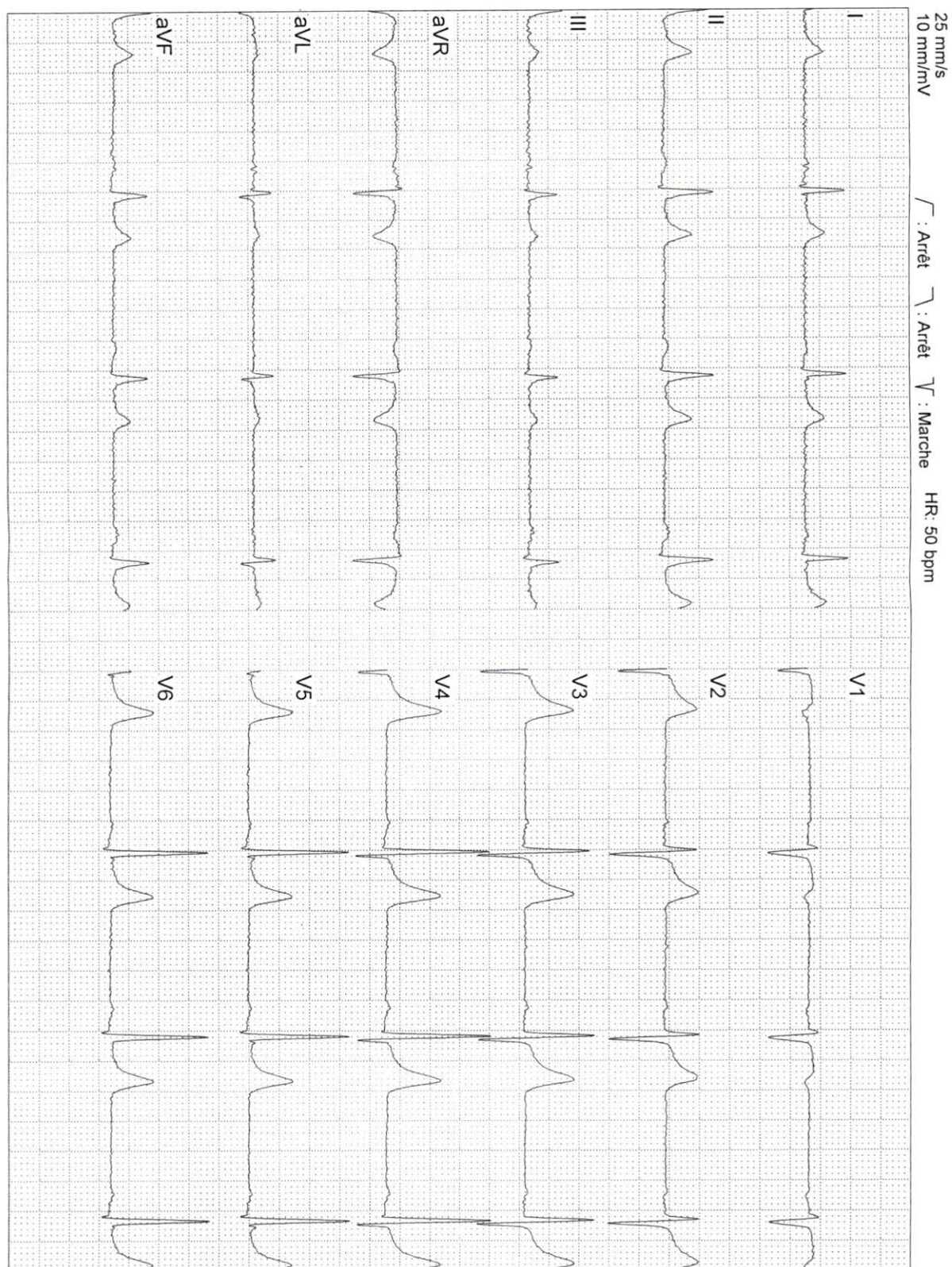
Médecin: CARDIO SOUALY M

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 08/03/2021 14:46:58

1/1





Nom: BOUZIDOUNE MOHAMMED

Date de naissance: 12/05/1951

Sexe: Masculin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: A455N°3

Médecin: CARDIO SOUALY M

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 08/03/2021 14:46:20

1/1

